

Aus der Königlichen Psychiatrischen und Nervenklinik
der Universität zu Kiel.

Beitrag
zur Klinik und Symptomatologie
der Schwangerschaftspsychosen.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der Hohen medizinischen
Fakultät der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Anton Leja

aus Groß-Kalischkowice (Posen).

Kiel 1917.

Buchdruckerei von Schmidt & Klaunig.

Aus der Königl. Psychiatrischen und Nervenlinik der Universität
zu Kiel.

Beitrag zur Klinik und Symptomatologie der Schwangerschaftspsychosen.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der Hohen medizinischen
Fakultät der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Anton Leja

aus Groß-Kalischkowice (Posen).

Kiel 1917.

Buchdruckerei von Schmidt & Klaunig.

No. 6.

Rektoratsjahr 1917/18.

Referent: Prof. Dr. Siemerling.

Zum Druck genehmigt:

Prof. Dr. Siemerling,

z. Z. Dekan.

Meiner lieben Frau.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

In der Systematik der Psychosen nehmen die Generationspsychosen von jeher eine klinische Sonderstellung ein. Wir verstehen darunter das Auftreten von Geistesstörungen im Verlaufe der Menstruation, der Geburt und des Wochenbettes. Wir werden in folgendem nur diejenigen Psychosen in den Kreis unserer Betrachtungen ziehen, die im Gefolge der Gravidität auftreten.

Wenn wir zu der Frage der Graviditätspsychosen Stellung nehmen, so werden wir auszugehen haben von den psychischen Veränderungen, die bereits physiologischerweise die Schwangerschaft zu begleiten pflegen. Geläufig sind uns die Klagen der Schwangeren über Kopfschmerzen und anderweitige nervöse Beschwerden, die perversen Gelüste auf besonders gewürzte Speisen, die sonst dem normalen Appetitt der Frau vollständig fernliegen usw. Auch Störungen auf vasomotorischem Gebiete werden häufig auch von normalen Schwangeren geäußert. Daneben macht sich wohl bei den meisten Schwangeren eine gewisse depressive Stimmungslage geltend. Diese Neigung zu Depressionen ist namentlich bei Erstgebärenden und bei Frauen, die einer unehelichen Geburt entgegensehen, besonders verständlich. Vielfach tragen sich die Frauen bereits in den ersten Monaten mit Gedanken über den Ablauf ihrer Schwangerschaft, über das Schicksal des Kindes und über die rechtlichen Beziehungen zu dem unehelichen Kindesvater. So kommt es, daß mit dem Fortschritt der Gravidität die an sich schon depressive Stimmungslage bei dazu Disponierten immer trüber wird und ihren Höhepunkt mit der Beendigung der Gravidität erreicht. Schon aus diesen Betrachtungen ergibt sich, daß fließende Übergänge gegeben sind, von der sozusagen physiologischen Depression der schwangeren Frau zu den Graviditätspsychosen mit vorwiegend melancholischem Charakter. In der Tat lehren uns die großen Statistiken

über die Symptomatologie der Generationspsychosen, wie wir sie namentlich Siemerling, Runge, Anton und Jolly verdanken, daß der hauptsächlichste Typ der Graviditätspsychosen durch die Melancholie dargestellt wird. Aber auch alle übrigen Psychosen können gelegentlich, wenn auch im Vergleich viel seltener als die Melancholie im Verlaufe einer Gravidität auftreten. So sind uns in der Literatur eine Reihe von Fällen berichtet, in denen eine hysterische Geistesstörung, eine Katatonie oder eine Paralyse im Verlaufe der Schwangerschaft manifest wurden.

Was zunächst die Häufigkeit der Graviditätspsychosen anlangt, so existiert darüber eine Statistik von Siemerling, der 1906 an seinem Materiale von Generationspsychosen 3,1 % Graviditäts-, 9,8 % Puerperal- und 4,9 % Laktationspsychosen verzeichnet fand. Runge fand unter 2550 Frauen 4,16 % an einer Generationspsychose erkrankt. Früher betrug die Zahl noch bedeutend mehr und ist erst in den letzten Jahrzehnten wohl hauptsächlich infolge der Vervollkommnung der sanitären Verhältnisse zurückgegangen.

Wir wollen im folgenden an Hand mehrerer Fälle der hiesigen Nervenklinik den Einfluß der Schwangerschaft auf das Auftreten psychischer Störungen betrachten: Der 1. Fall betrifft ein 18jähriges Dienstmädchen C. J. aus Sonderburg, die wegen eines Depressionszustandes in der Gravidität aus der hiesigen Frauenklinik der psychiatrischen Klinik überwiesen wurde. Der behandelnde Arzt bezeichnet die Aufnahme in folgendem Schreiben als notwendig: Das Dienstmädchen C. J., 18 Jahre alt, aus Sonderburg, im vierten Monat schwanger, ist schwermütig; ob allein als Folge der unehelichen Schwängerung, scheint mir zweifelhaft, da sie nicht allein traurig, sondern zeitweilig ganz geistesabwesend ist. Sie ist z. B. nicht imstande, die einfachsten häuslichen Arbeiten zu verrichten, viel weniger noch zu Handarbeiten oder gar zu lesen. Der Schlaf wird nur mit Veronal erreicht. Da nun ihre Mutter durch Selbstmord geendet hat und sie selbst darauf hinzielende Äußerungen getan hat (siehe beiliegenden Brief an den hiesigen Rechtsanwalt Dr. J.), so halte

ich ihre Unterbringung in die psychiatrische Klinik für notwendig.

Der in dem vorerwähnten Schreiben erwähnte Brief an den Rechtsanwalt Dr. J. hat folgenden Wortlaut:

Geehrter Herr J.

Habe keinen andern Vernünftigen Menschen gehabt mit zu sprechen als Sie; Da ich das leider nicht mehr kann und mich weiter über mein unglückliches Schicksal drüber weg kann ist mir das einze übrig geblieben das zu tun was ich mir schon lange vorgesetzt habe denn ich halte es nicht länger so aus danke für alles gute was Sie für mich getan haben und dies ist nun mein Ende denn ich kann nicht mehr Mein Kopf wird von von Tag Tag zu Tag schwerer und bin ganz gedankenlos.

hochachtend

gez. C. J.

Die von dem Vater erhobene Anamnese ergab folgendes: Heredität verneint, desgleichen Trunksucht des Vaters. Von 6 Geschwistern leben 5 und sind gesund. Die Mutter hat Selbstmord begangen, hat zeitweise getrunken. Die Patientin selbst ist zur rechten Zeit geboren. Auf der Schule lernte sie nur mittelmäßig, war aber im übrigen körperlich kräftig. Ihre Stimmungslage wird als im allgemeinen vernünftig bezeichnet.

Seit März ist sie schwanger. Sie hatte Verkehr mit einem Manne 2 Jahre hindurch, der sich jetzt weigert, sie zu heiraten. Seit mehr als 1 Monat ist die Patientin traurig verstimmt wegen der Schwangerschaft. Angeblich äußerte sie keine Selbstmordgedanken. Vor einer Woche fand sie im Krankenhaus in S. Aufnahme. Ein Suicid hält der Vater nicht für möglich, ihre Traurigkeit, da immer gleichbleibend, sie sei ganz mutlos geworden, ohne daß es jedoch zu Wein- ausbrüchen gekommen ist. An Krämpfen soll die Patientin angeblich nicht gelitten haben.

Bei der Aufnahme zeigte die Kranke ein ruhiges Verhalten. Sie war 1,65 groß, ihr Gewicht betrug 59 kg. Sie war geordnet, örtlich und zeitlich orientiert. Komme hierher,

weil sie schwermütig gewesen sei. Verkehre mit einem gewissen Z. seit kaum 2 Jahren, habe sich mit ihm für verlobt gehalten, weil er gesagt habe, er wolle sie heiraten, er wolle keine andere. Von Anfang an habe sie ihn sehr gern gehabt, und er sie auch, aber die Eltern seien sehr dagegen gewesen, trotzdem habe er immer gesagt, er würde sie nie lassen, wenn es soweit käme. Erst dann habe sie sich mit ihm eingelassen. Im April habe sie gemerkt, daß sie in anderen Umständen sei. Letzte Mensis Anfang März gewesen, seitdem nicht wiedergekommen. Habe einen großen Schreck bekommen und sei gleich zu Z. gelaufen. Noch dann sagte er, er würde sie nie verlassen. Kurz darauf habe sie gemerkt, daß er sich immer mehr von ihr zurückzog, schließlich sagte er auch, er wolle sich von ihr trennen, weil die Eltern es doch nicht zuließen, und sie könne machen, was sie wolle. Dieses habe sie sehr aufgeregt. Zu Hause habe sie doch nicht aufgenommen werden können, verstoßen sei sie nicht, auch gezürnt habe der Vater nicht sehr. Auf den Rat des Vaters sei sie zum Rechtsanwalt gegangen; mit der Zahlung sei alles in Ordnung. Die ganze Zeit seit der Trennung, die noch im April stattfand, sei sie schon traurig, habe viel geweint, sei auch ängstlich gewesen, wisse selbst nicht, wie sie gewesen sei, so ganz traurig. Keine Selbstvorwürfe. Wenn sie die Straße langgehe, guckten sie alle Bekannten an, deswegen habe sie den Wunsch gehabt, aus S. wegzugehen. Nichtbekannte hätten sie so angesehen, vielleicht sei es Einbildung, aber sie sei zuletzt so gewesen, daß sie gar nicht mehr ausgehen wollte, es sei ihr eine Pein gewesen auszugehen. Bei Verschiedenen habe sie auch gemerkt, daß sie sich umkehrten, wenn sie vorbeiging, und über sie sprachen, aber das seien nur Bekannte gewesen. In der Nacht habe sie nicht schlafen können, mußte über die Geschichte immer nachdenken. Keine Schwangerschaftsbeschwerden, nur in den ersten 2 Monaten sei ihr schlecht zu Mute gewesen, habe Erbrechen gehabt. Öfters seien die Gedanken gekommen, daß sie nicht mehr leben wollte, habe ganz ernsthaft daran gedacht, es sei ihr so traurig zu Mute mitunter, und ein

andermal sei sie ganz lustig. Einmal sei sie auch abends ganz spät an den Strand gegangen, konnte es aber nicht fertig bringen und ging wieder nach Hause. In letzter Zeit angeblich keine Suicidideen. Traurigkeit sei schon besser geworden, seitdem sie vorige Woche im Krankenhaus angenommen wurde. In den letzten Tagen sei ihr Kopf auch schon leichter geworden, habe etwas gearbeitet und darüber ihre traurigen Gedanken etwas vergessen können.

Sei bis zum 1. Juli in Stellung gewesen. Während sie aber traurig war, fiel ihr alles so schwer, sie vergaß alles, machte alles falsch. Darauf habe ihr die Frau gekündigt. Sei dann bei Vater gewesen. Medizin habe sie auch im Krankenhause nicht gehabt. Keine Rachege Gedanken gegen den Verlobten, wolle aber von ihm nichts mehr wissen. Sei sonst nie krank gewesen, immer gesund und vergnügt. Auf Schule nicht gut gelernt, rechnen ging nicht gut, daher nur bis 2. Klasse.

Der körperliche Befund bei der Aufnahme ergab folgendes: Neurologisch findet sich nichts Besonderes. Sämtliche Reflexe, Motilität und Sensibilität sind in Ordnung. Vasomotorisches Nachröten nicht erhöht. Schädelumfang 56 cm, Puls 96, regelmäßig, Herztöne rein, Lungen o. B., Leib aufgetrieben, Gravidität. Der Verlauf gestaltete sich während der Beobachtungszeit in der Klinik folgendermaßen:

5. 8. 1914. Depression nimmt keine höheren Grade an, freundliches stilles Wesen.

7. 8. 1914. Ganz guter Stimmung, steht auf und hilft in der Küche etwas. Keine Angst, keine Selbstvorwürfe. Körperliches Wohlbefinden.

21. 8. 1914. Hat sich weiterhin sehr gut erholt, klagt über nichts mehr. Subjektiv fühlt sie sich sehr wohl. Hilft fleißig.

8. 9. 1914. Ist für gewöhnlich sehr vergnügt und fleißig bei der Hausarbeit. Steht den ganzen Tag auf, fühlt sich körperlich wohl.

15. 9. 1914. Unverändert, hilft viel bei der Hausarbeit, ist freundlich und klar.

26. 9. 1914. Unverändert, unterhält sich mit den andern Patienten, ist ruhig und klar, arbeitet.

3. 10. 1914. Bedeutend erholt und scheint nicht mehr deprimiert zu sein. Hilft fleißig beim Arbeiten und ist mit allen Patientinnen freundlich und verträglich.

17. 10. 1914. Hat zuweilen Kopfschmerzen und frühmorgens leichtes Erbrechen. Durch einige Stunden Bettruhe Besserung.

4. 11. 1914. Völlig geordnet, psychisch völlig intakt, unauffällig. Wegen bevorstehender Entbindung zur Frauenklinik verlegt.

Die Frauenklinik teilt unter dem 3. 11. 1914 mit, daß die Patientin im 10. Monat sei und die Entbindung wahrscheinlich Mitte November zu erwarten sei. Im übrigen sei der Befund vollkommen normal.

Wenn wir das Wesentliche aus der vorstehenden Beobachtung noch einmal kurz rekapitulieren, so finden wir folgendes:

Es handelt sich um ein 18jähriges, von der Mutter her belastetes Mädchen, das während der Schulzeit nur geringe Fortschritte gezeigt hat. Wie niedrig ihr geistiges Niveau zu bewerten ist, geht daraus hervor, daß sie nur das Pensum der 2. Schulklasse erreicht hat. Im übrigen hat sie ernste körperliche Erkrankung als Kind und während der Pubertätszeit nicht durchgemacht. Im Dienste hat sie niemals Veranlassung zu Klagen gegeben und die relativ schwere Arbeit als Dienstmädchen gut verrichtet. Die Menses sind zur rechten Zeit aufgetreten. In ihr 16. Lebensjahr fällt das Verhältnis mit dem Z. Man wird ihrer Angabe ohne weiteres Glauben schenken dürfen, daß sie diese Beziehungen ernst nahm und nur unter dem Versprechen eines Verlöbnisses dem Z. nähergetreten ist. Die Folgen dieses Verhältnisses, das ungefähr 2 Jahre dauerte, bleiben nicht aus. Mit der Eröffnung ihres Zustandes zog sich der Verlobte zurück. Seit dieser Zeit beherrschten sie depressive Verstimmungen. Sie machte sich viel Gedanken über die zu erwartende Niederkunft, weinte viel und sann viel nach, obgleich sie selbst ausdrücklich angibt, daß das Bekenntnis ihrer zu erwartenden Niederkunft

zu Hause nicht mit besonderen Vorwürfen aufgenommen wurde. Wohl um ihr eine gewisse Zerstreuung zu bieten, brachte sie der Vater in dem Krankenhause zu S. an, nachdem sie ihre letzte Dienststellung verlassen mußte, da ihre Leistungen ihre Dienstherrschaft nicht mehr befriedigten. Ernsthafte Selbstmordideen scheinen ihr während der ganzen Zeit ihrer depressiven Verstimmung ferngelegen zu haben. Auch in der letzten Stellung im Krankenhause scheint sie sich nicht mehr bewährt zu haben, da sie bereits wenige Tage darauf der Psychiatrischen Klinik zugeführt wurde.

Unter dem Einflusse des veränderten Milieus und unter der Anwendung von Pantopon machte sich bereits in kurzer Zeit eine Wendung zum Besseren geltend. Die Patientin, die sich bis dahin von allen Bekannten zurückgezogen hatte, weil sie sich beobachtet und verachtet fühlte, begann wieder regeres Interesse an ihrer nächsten Umgebung zu nehmen. Sie trat mit den Mitpatientinnen in Verkehr und leistete auch in der Hausarbeit Gutes. Sie wurde am Ablauf ihrer Schwangerschaft in geheiltem Zustande zur Vornahme der Entbindung der Frauenklinik überwiesen.

Das klinische Bild, das hier in Szene getreten ist, entspricht voll und ganz dem der Melancholie. Wir finden im Vordergrunde bei der J. eine gemütliche Verstimmung in Gestalt einer Depression, und wir finden in ausgesprochenem Maße bei ihr die für Melancholie charakteristische Hemmung, die es ihr unmöglich macht, sich geistig und körperlich in ihrem Berufe zu betätigen. Wir haben also in dem vorliegenden Falle einen Repräsentanten der typischen Graviditätsmelancholie.

Handelte es sich in dem vorliegenden Falle um eine Erstgebärende, die einen unehelichen Partus zu erwarten hatte und bei der die depressive Verstimmung unter geeigneter Behandlung gegen Ende der Schwangerschaft zurückging und nach der Entbindung wohl ganz verschwunden ist, so handelte es sich in dem nun mitzuteilenden Falle um eine Siebentgebärende, bei der die Frage einer künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft akut wurde.

Es handelt sich um eine 39jährige Landmannsfrau Chr. C. aus T., die am 11. 4. 1914 von der Frauenklinik in die hiesige Klinik aufgenommen wurde. Es lag die Frage einer Unterbrechung der Gravidität am Ende des 3. Monats wegen melancholischer Verstimmung vor. Aus der Anamnese ist erwähnenswert, daß die Kranke vor ca. 3 Jahren eine Nervenlähmung der linken Hand hatte, im übrigen sollen sonst keine Krankheiten bestanden haben. Die erste Periode sei mit 17 Jahren aufgetreten, schmerzlos, stark, regelmäßig alle 3 Wochen, 3 Tage, dann 3 Tage Pause und wieder 3 Tage. Die Erhebungen über frühere Schwangerschaften, Geburten und Wochenbetten ergaben folgendes:

Im ganzen erfolgten 6 Geburten in den Jahren 1901, 1902, 1904, 1905, 1906 und 1908. Die Lactation war wegen Fehlens der Milch nicht möglich. Die 3 letzten Kinder sollen schwachsinnig sein (s. unten).

Die letzte Periode sei am 17. 1. 1914 gewesen. Am 9. 3. 1914 leichte Blutung und Wehen, die wieder vorübergingen.

Bei der Aufnahme ergab sich folgender körperlicher Befund:

Große, gutgenährte Frau, kräftig, Herz und Lungen o. B., Schleimhaut und äußere Haut gut durchblutet.

Das psychische Verhalten während der 4tägigen Beobachtungszeit in der Klinik, in welcher sie zur Entscheidung der Frage, ob eine künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft indiziert sei, aufgenommen wurde, war folgendes: Patientin war ruhig und willig und war örtlich und zeitlich orientiert. Auf Befragen gab sie folgendes an: Komme hierher, damit ihre Schwangerschaft unterbunden werde; habe 6 Kinder gehabt, von denen 3, die beiden ältesten 15 und 12 Jahre und das jüngste 7 Jahre, geisteskrank seien, nicht sprechen können, 3 andere seien gesund, eine von ihnen solle Lehrerin werden, sei besonders begabt. 1 Kind von 12 Jahren sei gestorben. Kein Umschlag. Sei jetzt im 3. Monat gravide. Habe jetzt immer Angst, das neue Kind könne auch unglücklich werden. Fühle sich gedrückt, könne oft nachts wegen trüber Gedanken nicht schlafen, habe wenig Appetit,

müsse oft weinen. Arbeit im Haushalt könne sie gut leisten. Mann sei zu Hause, sei gesund. Trübe Gedanken oft sehr stark, möchte nicht mehr leben. Niemals Suicidversuch. Entbindungen waren leicht. Kein Kind gestillt, sie selbst sei immer gesund gewesen, alle 6 Schwangerschaften, Geburten und Wochenbetten seien normal gewesen, keines der Kinder selbst gestillt. Sei noch nie vorher verstimmt gewesen, habe sich früher nie Sorgen oder traurige Gedanken gemacht. Menses seien immer in Ordnung gewesen, alle 3 Wochen ohne besondere Beschwerden.

Sitzt mit traurigem Gesichtsausdruck, zu Boden gerichteten Augen, herabhängenden Mundwinkeln bewegungslos da. Keine objektiven Hemmungen, kein Hemmungsgefühl.

Der neurologische Befund zeigte keine nennenswerten pathologischen Abweichungen. Die Motilität und Sensibilität war normal, die Reflexe waren an den oberen Extremitäten ziemlich lebhaft. Herz und Lungen zeigten keine Veränderungen, der Puls betrug 88 und war etwas unregelmäßig. Der Stand der Gebärmutter entsprach dem 4. Monat der Schwangerschaft.

Der weitere Verlauf des Falles während der 3 täglichen Beobachtungszeit in der Klinik gestaltete sich folgendermaßen:

9. 4. 1914 gut geschlafen, gibt heute noch an, der Mann sei Landwirt, trinke nicht, lebe solide. In ihrer Familie seien keine Nerven- oder Geisteskrankheiten, Selbstmord oder Trunksucht vorgekommen. Mutter an Unterleibleiden mit 48 Jahren gestorben. Vater lebt, gesund. Schwester der Mutter unglücklich verheiratet gewesen, habe sich davon etwas in den Kopf gesetzt und sei danach eine Zeitlang in einer Irrenanstalt gewesen. Sei jetzt tot. Sonst sei auch in des Mannes Familie keine Heredität. Sei nicht mit dem Manne verwandt.

Intelligenzprüfung:

$7 \times 19?$	„126“.
$84 : 3?$	richtig.
$31 - 19?$	richtig.
$84 + 17?$	richtig.
Kaiser?	richtig.

- Wo fließt die Spree hin? —
 Wo fließt die Elbe hin? „Das habe ich auch vergessen“.
 Welche Stadt daran? „Hamburg“.
 Erdteile? „5: Europa, Amerika, Afrika,
 Asien, Australien“.
- Monate rückwärts? richtig.
 Tage im Jahre? richtig.
 Wo geht die Sonne auf? richtig.
 Wo unter? richtig.
 Bismarck? „Erster deutscher Reichs-
 kanzler“.
- Friedrich der Große? „Der war Kaiser nachher“.
 Wieviel Regierungsbezirke
 in Schleswig-Holstein? „Einer“.
- Unterschied zwischen Zwerg
 und Kind? „Die sind ja beide klein, das
 weiß ich nicht“.
- Ist das dasselbe? „Ja“.
 Glas — Holz? „Glas zerbricht und Holz nicht“.
 ?
- Glas brennt nicht.
 Treppe — Leiter? „Stufen sind weiter auseinander
 bei der Leiter“.
- Esel — Maultier? „Habe ich beides noch nicht
 gesehen“.
- Wieviel Beine hat die
 Fliege? richtig.
 Kiel wieviel Einwohner? „Das kann ich nicht sagen, ich
 habe keine Ahnung“.

Habe eine zweiklassige Bürgerschule besucht. Sei in beiden Klassen gewesen, habe gut lernen können. Sei mit 14 Jahren konfirmiert. Habe als Kind Masern gehabt, sonst keine Krankheiten, keine Krämpfe, kein Einnässen. Habe sich mit 21 Jahren verheiratet, keine Geschwister.

Bei der Frage nach Fortbestehen der Gravidität weint sie stark. Das würde sie nicht ertragen, die Angst, daß das Kind unglücklich würde; sie könne nicht glauben, daß es gut

gehen würde. Sie möchte dann lieber nicht leben; jetzt sei sie in der Hoffnung, daß ihr geholfen würde, deshalb sei sie ruhiger. Bei allen Graviditäten immer wohlgefühlt, keine Krankheiten, niemals Arzt bei den Entbindungen, nur Hebamme, Wochenbetten verliefen gut.

11. 4. 1914. Nach abgeschlossener Beobachtung zur Frauenklinik zurückverlegt. Diagnose: Depression. Berechtigte Furcht vor idiotischem Kind. Da zu befürchten ist, daß Erscheinungen an Schwere zunehmen, hält die Psychiatrische Klinik die Unterbrechung der Schwangerschaft für geboten.

Das Fazit, das sich aus dem vorliegenden Falle ziehen läßt, ist folgendes:

Eine 39 jährige Frau, die sich in der 7. Schwangerschaft befindet, wird der Psychiatrischen Klinik zur Entscheidung der Frage überwiesen, ob eine Unterbrechung der Schwangerschaft indiziert sei. Wenn wir das Für oder Wider gegeneinander abwiegen, so ist zunächst der Tatbestand zu würdigen:

Es handelt sich um eine Frau ohne hereditäre Belastung, die bisher im Leben körperlich und geistig nicht versagt hat und 6 Kinder zur Welt gebracht hat. Aborte werden in Abrede gestellt. Während aus den 3 ersten Geburten körperlich und geistig normale Kinder, in einem Falle sogar ein anscheinend über das normale Maß hinausgehend intelligentes Kind resultierten, haben die 3 letzten Schwangerschaften zu geistig minderwertigen Produkten geführt. Auf der andern Seite macht die Kranke die widersprechende Angabe, daß die beiden ältesten Kinder und das jüngste psychische Abnormitäten zeigen. Dieser Widerspruch in den Angaben ist nicht vollständig aufzuklären. Auf jeden Fall geht aber hervor, daß hier Schwangerschaften von geistig normalen Individuen mit geistig minderwertigen abgewechselt haben. Nun kommt die Frau zum siebenten Male in die Hoffnung, und sie legt sich ernste Gedanken darüber vor, welches Schicksal dieser siebente Partus nehmen wird. Der Gedanke wiederum, ein geistig minderwertiges Kind hervorzubringen, stimmt sie schon in den Anfängen dieser Schwangerschaft trübe, und es bilden sich bei ihr allmählich ausgesprochen depressive Züge heraus;

ohne daß gerade eine starke Hemmung bei der Patientin nachzuweisen ist, so genügt doch die depressive Stimmungslage, um mit Sicherheit die Diagnose einer Melancholie zu stellen.

Soweit der Tatbestand, und nun die Frage: Ist hier der künstliche Abortus indiziert und aus welchen Gründen? Schon die kurze, nur 3 Tage lang währende Beobachtung in der hiesigen Klinik hat genügt, um eine bejahende Entscheidung dieser Frage herbeizuführen. Zunächst einmal zeigt die Patientin bereits ein derartiges Maß von Depression, daß eine weitere erhebliche Verschlimmerung dieser depressiven Gemütsver Stimmung in den folgenden Monaten mit Sicherheit zu erwarten ist. Von weitem taucht das Gespenst einer möglichen Suicidalabsicht auf. Wenngleich auch zur Zeit der Beobachtung die Selbstmordvorstellungen der Patientin noch keinen ausgesprochenen, affektbetonten Charakter annehmen und gewissermaßen im Unterbewußtsein schlummern, so muß man doch sehr ernstlich mit der Absicht der Mutter rechnen, das Produkt ihrer neuen Schwangerschaft zu vernichten. Dabei ist absolut nicht die Möglichkeit von der Hand zu weisen, daß die Mutter auch an die übrigen, besonders an die geistig minderwertigen Kinder, Hand anlegen könnte.

Diese Umstände allein würden bereits die Berechtigung einer künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft rechtfertigen. Wenn wir uns auf den Boden derjenigen Autoren stellen, die eine Unterbrechung oder gar eine Kastration aus sozialen Gründen fordern, so könnten wir über den Rahmen einer künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft hinausgehen, in diesem Falle vielleicht sogar die Berechtigung der Kastration für gegeben erachten. Sehen wir doch, daß eine Schwangerschaft nach der andern geistig und damit auch sozial minderwertige Individuen produziert, so daß, wenn man die oben genannte Indikation überhaupt anerkennt, in diesem Falle die Kastration zum mindesten in Erwägung ziehen könnte. Die moderne gynäkologische Technik hat die Kastration zu einem dermaßen ungefährlichen Eingriff ausgestaltet, daß auch nach dieser Richtung hin keine besonderen

Bedenken geltend gemacht werden können. Dazu kommt, daß die Patientin sich ohnehin der Schwelle des Klimakteriums nähert. Noch ein Moment, das nach dieser Richtung hin anzuführen ist, ist im folgenden gegeben: Das Klimakterium disponiert bei dazu endogen veranlagten Frauen im besonders hohen Maße zur Melancholie, die in ganz exquisitem Maße als die Psychose des Klimakteriums bezeichnet werden kann. Da die Patientin kurz vor der Menopause steht, so ist ein Chronischwerden ihrer Depression zu befürchten. Damit würde die Prognose beträchtlich verschlechtert werden. Aus allen diesen Erwägungen heraus erscheint zum mindesten die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft bei der Kranken geboten, die denn auch in der Frauenklinik erfolgte und den gewünschten Zweck erfüllte.

Die Stellung, die der Psychiater, der Gynäkologe und der Jurist in dieser Frage einnehmen, ist eine durchaus verschiedene. Siemerling hat zweifellos recht, wenn er meint, daß der Psychiater im allgemeinen mehr zur Einleitung des künstlichen Abortes neigt als der Geburtshelfer. Noch aus einer in allerjüngster Zeit erschienenen Abhandlung von Bumm über die Indikationen zur Einleitung des Abortes kommt zum Ausdruck, daß der Geburtshelfer viel zu oft von praktischen Ärzten und von psychiatrischer Seite mit der Bitte um Vornahme der künstlichen Frühgeburt angegangen wird. Bumm will die Indikation dazu nur für diejenigen Fälle reserviert wissen, in denen tatsächlich eine lebensbedrohende Erkrankung der Mutter vorliegt. Meyer hat die Forderung aufgestellt, nur dann die künstliche Frühgeburt bei Depressionszuständen in Vorschlag zu bringen, wenn aus dem Fortbestehen der Schwangerschaft die Gefahr einer dauernd erheblichen psychischen Erkrankung resultieren würde. Andererseits müsse infolge des Abortes eine Heilung oder eine Fortentwicklung der Psychose erwartet werden. Im allgemeinen läßt sich also sagen, daß bisher bestimmte Richtlinien für die Indikation der künstlichen Frühgeburt bei Depressionszuständen nicht gegeben sind, und daß von Fall zu Fall individuell entschieden werden muß. Auf jeden Fall wird es zweckmäßig sein, nament-

lich bei jüngeren Individuen, eine sorgfältige Beobachtung vorangehen zu lassen, bevor über einen so wichtigen Eingriff, wie ihn der Abort darstellt, definitiv beschlossen wird.

Der Verlauf der Graviditätspsychosen ist ein sehr verschiedener, wie bereits aus der vorstehenden Kasuistik hervorgegangen ist. Wir finden alle Übergänge von der einfachen Melancholie, wo traurige Verstimmung, Denkhemmung, gehemmte Motorik, das Gefühl der subjektiven Insuffizienz bei im übrigen geordneten Benehmen, die Szene beherrschen zur *Melancholia deditata*, bei der Angstzustände mit starker Unruhe, lautem Jammern und Klagen an der Tagesordnung sind. Gelegentlich kann das Krankheitsbild auch eine vorwiegend hypochondrische Färbung annehmen. Auch Zustände von Stupor sind keineswegs selten.

In prognostischer Beziehung sind die meisten Fälle günstig zu bewerten. In ca. 85 % finden wir eine ausgesprochene Heilungstendenz. Im allgemeinen muß die Krankheitsdauer der Schwangerschaftsmelancholie auf etwa 6 Monate angesetzt werden. Mit dieser Rechnung stimmt vollkommen überein, daß die meisten Fälle von depressiver Verstimmung in der Schwangerschaft etwa im 3. oder 4. Monat Platz greifen, allmählich ansteigen, während des 7. bis 9. Monats ihren Höhepunkt erreichen und mit der Entbindung plötzlich oder allmählich abklingen. Was schon sonst von der Melancholie im allgemeinen gilt, nämlich ihre Neigung zu Rezidiven, das gilt in besonderem Maße von der Schwangerschaftsmelancholie. Wir finden Frauen, die bei der neuen Gravidität Zeichen einer neuen Depression zeigen. Doch steht diesen Fällen eine mindest ebenso große Anzahl von Fällen gegenüber, in denen bei den folgenden Schwangerschaften die melancholische Verstimmung nicht mehr wiederkehrte.

Die Behandlung der Schwangerschaftsmelancholie richtet sich im wesentlichen nach denselben Grundsätzen, wie sie bei den übrigen Formen der Melancholie üblich sind. Es kommt im übrigen darauf an, die Kranke und event. ihre Umgebung vor der Gefahr eines Selbstmordes zu schützen. Daher ist absolute Bettruhe indiziert. Von Nutzen erweisen sich pro-

trahierte Bäder. Von Medikamenten gibt man am besten Opium oder Codein in steigender Dosis (3 mal täglich 0,01 steigend) oder Pantopon in Lösung oder subkutan. Auch Schlafmittel sind recht empfehlenswert. Zur Beruhigung kann auch Adalin in Dosen von 0,5—1,5 Verwendung finden.

Haben wir im vorstehenden das Auftreten melancholischer Geistesstörungen im Verlaufe der Schwangerschaft kennen gelernt, so soll uns im folgenden ein Fall von hysterischer Depression im Gefolge der Schwangerschaft beschäftigen.

Es handelt sich um eine 36jährige Steinmetzfrau F. J. aus S. die vom Arzte mit folgendem Schreiben überwiesen wurde:

Graviditas mensium IV. Normaler Befund; außerdem besteht anscheinend eine schwere Hysterie. Ich bitte um Behandlung der Patientin, event. stationär, was besonders der Mann wünscht. Unterbrechung der Schwangerschaft kommt doch wohl auch Ihrer Ansicht nach nicht in Frage.

Der Ehemann der Patientin gab folgende Anamnese ab: Patientin sei seit 1904 verheiratet. 4 Kinder, gesund, schwere Geburten; Kindbettfieber; sei in Leipzig und Zittau im Krankenhaus gewesen. Seit Mai sei sie krank, wollte sich das Leben nehmen; die Wirtschaft führe sie verkehrt. Die Kinder wollte sie aufhängen und selbst aus dem Fenster springen, so daß die Fenster vernagelt werden mußten. Sie habe Zittern, Kopfschmerzen, Schwindelanfälle. Falle oft um, schwitze und friere, klage über den Leib, über Stechen in der Brust. Das Gedächtnis sei gut, der Schlaf sei schlecht, unruhig, sie könne keine Geräusche hören. Angeblich seit 2 Jahren; damals letzte Entbindung mit Kindbettfieber, Familiensorgen (der Mann war ohne Stellung). Die Ehe sei glücklich, sei jetzt in andern Umständen seit Mai. Nun sei es wieder schlimmer geworden. Heredität ohne Besonderheiten. Ein Kind sei etwas zurückgeblieben. Nachts sehe sie Fliegen und Mäuse an der Wand, dann rufe sie: „Mach doch die Tür zu, da kommt jemand rein“. (Die Tür sei dann zugewesen, das spiele schon 1 Jahr.)

28. 7. 1913. Vom Mann zur Aufnahme gebracht, ruhig auf die Abteilung; die Patientin ist persönlich orientiert, habe

Schütteln und Schmerzen im Kopf, könne den Kopf nicht halten, schüttle auch immer mit der Hand; Schmerzen im Leib. Seit Anfang Mai sei sie in andern Umständen, da habe sie solche Schmerzen im Leib gehabt, daß sie schreien mußte. Der Kopf tue so weh, namentlich vorne, am Tage schlimmer. Auch sei sie so schwindlig, als ob sie umfallen müsse. Es werde ganz finster vor den Augen, es fliege alles vorbei. Die Beine seien so schwach, sie sei so heruntergekommen, habe immer im Bett liegen müssen und den Arzt gebrauchen. Das Wasser laufe ihr dauernd im Munde zusammen, sie müsse immer ausspucken. Das Gedächtnis habe nicht abgenommen, sie möchte immer Ruhe haben, alles störe sie. Wenn Lärm sei, erschrecke sie. Die Ehe sei glücklich, die Kinder seien gesund, mit dem Manne keinen Streit. Jetzt sei sie richtig krank geworden. Sie bestreitet, ihre Kinder haben aufhängen zu wollen oder aus dem Fenster springen zu wollen, das sei nicht wahr, keine Familien- und Nahrungssorgen. Sie könne sich nicht besinnen, irgendwelche Erscheinungen gehabt zu haben. Sei als Kind immer gesund gewesen, soll Krämpfe gehabt haben. Habe auf der Schule gut gelernt, aus der 2. Klasse konfirmiert. Das Rechnen sei ihr etwas schwer gefallen, Unwohlsein mit 16 Jahren, sei immer regelmäßig gewesen. Habe 5 Geburten durchgemacht, seien immer sehr schwer gewesen. Einmal sei sie am 3. Tag wegen Kindbettfieber in das Krankenhaus zu Z. gekommen, ein andermal sei sie nicht transportfähig gewesen. Eine Entbindung sei in L. in der Frauenklinik gewesen, die anderen zu Hause. Später sei sie sonst nicht krank gewesen. Der Appetit sei gut, sie sei immer hungrig, der Schlaf schlecht, der Stuhlgang in Ordnung.

Bei der Befragung stöhnt sie viel und zittert. Aus dem körperlichen Befunde sei folgendes mitgeteilt:

Der Schädel ist nicht druck- oder klopfempfindlich. Rechte Gesichtshälfte etwas größer als die linke. Die Pupillen zeigen normales Verhalten, Augenbewegung frei. Gesicht symmetrisch innerviert. Trigeminus nicht druckempfindlich, Zunge gerade, zittert, leicht bewegt. Keine Sprachstörungen. Struma

symmetrisch weich. Motilität der Arme frei. Grobschlägiger Tremor der oberen Extremitäten. Reflexe o. B. Vasomotorisches Nachröten mehrfach vorhanden. Keine Druckempfindlichkeit der großen Nervenstämmе. Kniephänomen lebhaft, die übrigen Reflexe in normaler Stärke. Pinselberührungen lokalisiert. Spitz und stumpf werden unterschieden. Schmerzempfindung etwas herabgesetzt, beim Romberg nur leichtes Schwanken. Puls weich, gut gespannt, etwas beschleunigt. Herztöne rein, etwas paukend. Lungen o. B. Abdomen weich, nicht druckempfindlich.

Der Verlauf des Falles gestaltete sich während der Beobachtungszeit folgendermaßen.

29. 7. 1913. Etwas [gedrückt und hypochondrisch gestimmt. Keine sehr starke Depression, fühlt sich schon etwas besser.

31. 7. 1913. Erhebliche Besserung. Fragt selbst, ob sie nicht bald wieder entlassen werden könne. Gleichmäßiger Stimmung, keine Suicidneigung. Neigt noch wenig zu hypochondrischen Klagen. Kein Tremor.

4. 8. 1913. Anhaltende Besserung. Stimmung läßt nichts zu wünschen übrig.

11. 8. 1913. Dauernd gutes Befinden, ruhig geordnet, vom Manne nach Hause abgeholt, geheilt entlassen.

Wenn wir das Wesentlichste dieses Falles überschauen, so stehen auch hier die depressiven Verstimmungen im Vordergrunde des klinischen Krankheitsbildes. Hand in Hand damit gehen Suicidalideen. Aber von vornherein hat weder die gemütlіche Verstimmung der Patientin noch die von ihr geäußerten Selbstmordideen das Affekt betonte Gepräge wie in den beiden vorstehend mitgeteilten Fällen. Im Gegenteil verraten ihre Selbstmordäußerungen und die dazu von ihr getroffenen Vorbereitungen einen theatralischen, gemachten Eindruck. Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, als wenn sie selbst es mit ihren Selbstmordäußerungen nicht ganz ernst nimmt. Nehmen wir dazu die Anamnese und den sonstigen körperlichen Befund, so sehen wir uns einer typischen hysterischen Konstitution gegenüber. Die Patientin will bereits

als Kind Krämpfe gehabt haben, und auch jetzt noch zeigt sich in ausgesprochenem Maße eine Reihe hysterischer Symptome auf körperlichem Gebiete in Zittern, Kopfschmerzen, Schwindelanfällen usw. Besonders stark macht sich der Tremor in den Händen geltend. Daneben zeigt die Patientin in typischer Weise Sensibilitätsstörungen in Gestalt einer lokalisierten Hypaesthesia und vasomotorische Störungen (Schwitzen und Frieren). Wie meist bei Hysterie, ist der Schlaf gestört. Auffallend ist die Angabe, daß sie Visionen gehabt hat. Das Erscheinen von Fliegen und Mäusen an der Wand erinnert lebhaft an die Erscheinungen der sogen. *mouches volantes*. Auch Sekretionsstörungen haben anscheinend in Gestalt eines erhöhten Speichelflusses bestanden. Hinter diesen somatischen Beschwerden treten die psychischen Ausfallserscheinungen in den Hintergrund. In intellektueller Beziehung bietet die Patientin so gut wie keine Abweichungen von der Norm. Der Einfluß des früher durchgemachten Kindbettfiebers auf die bestehende Erkrankung muß wohl in Zweifel gezogen werden.

Wir haben es in dem vorstehenden Falle zu tun mit einem auf hysterischer Basis entstandenen Depressionszustand, der neben den Dämmer- und Verwirrheitszuständen den häufigsten Typus der hysterischen Graviditätspsychosen darstellt. Im wesentlichsten gleicht die Depression den hysterischen derjenigen bei der Melancholie auf psychopathischer Basis, nur daß der Affekt nicht so dauernd traurig ist wie bei der Melancholie. Zu den Selbstmordversuchen werden oft deutlich wahrnehmbare Vorbereitungen getroffen. Bei der starken Labilität der Affekte kann es aus geringfügigen Anlässen zu Selbstmordversuchen kommen. Neben der gemüthlichen Verstimmung bestehen meist anderweitige nervöse Beschwerden und hysterische Erscheinungen. Charakteristisch ist die Neigung der Krankheitsübertreibung.

Die Prognose der Depressionszustände auf hysterischer Basis im Verlaufe der Gravidität ist meist eine durchaus günstige. Schon daraus ergibt sich, daß die Notwendigkeit zur Einleitung des künstlichen Abortes nur selten eintreten wird. Die meisten Erscheinungen, die ohnehin keinen be-

drohlichen Charakter tragen, bilden sich zurück. Überdies ist bei Kranken, die schon vorher hysterisch waren, eine dauernde Besserung durch den Abort ohnehin ausgeschlossen. Die Behandlung ist im wesentlichen eine psychische und kann durch beliebige Maßnahmen suggestiver und psychotherapeutischer Art unterstützt werden.

Der nunmehr zu besprechende Fall betrifft das Auftreten einer alkoholischen Geistesstörung im Verlaufe der Schwangerschaft. Dieser Fall ist um so seltener, als Siemerling ausdrücklich bemerkt, daß die auf alkoholischer Basis entstandenen Geistesstörungen bei den Generationsphasen angesichts der Seltenheit des Alkoholismus bei den Frauen keine große Rolle spielen.

Es handelt sich um eine 41 jährige Maschinenbauersfrau A. K. aus M., die am 2. 9. 1916 allein im Sanitätswagen zur Aufnahme kam. Das Verhalten der Patientin war ruhig. Persönlich, örtlich und zeitlich orientiert. Sie sei „kopfdösig“, habe so ein Kopfreißer, der Mann habe sie geschickt, weil sie jeden Tag getrunken habe. Schon viele Jahre, jetzt sei es schlimmer seit einigen Monaten, trinke täglich wohl für 15 Pfg., beinahe eine Bierflasche voll. Wenn sie es nur an den Mund setze oder rieche, kriege sie schon Brechreiz, aber sie habe so einen inneren Zwang, es zu trinken. Sei im vorigen Jahre vom 1. 10. 1914 bis zum 1. 2. 1915 im Sanatorium „Stilles Tal“ bei G. gewesen, da habe sie sich sehr wohl gefühlt, sei ohne ärztliche Untersuchung abgereist, man habe sie wohl als geheilt angesehen. Ein paar Wochen habe sie sich gehalten, sei dann von selbst heimlich wieder angefangen, habe in letzter Zeit nicht mehr essen und trinken können, auch der Hausstand sei nicht mehr so gegangen. Habe keine Erscheinungen gehabt, keine Stimmen, keine körperlichen Sensationen. Als Kind viel krank gewesen. Drei- bis viermal Lungenentzündung, Masern, sei immer schwach. Nächtliches Aufschrecken, habe viel geweint. Ob sie Krämpfe gehabt habe, wisse sie nicht. Auf der Schule gut gelernt. Mit 14 Jahren konfirmiert. Sei dann zu Hause gewesen, habe sich „auslegen“ sollen bis 17 Jahre. Dann 1 $\frac{1}{2}$ Jahr kochen

gelernt, dann nachdem als Köchin 2 Jahre. Dann in S. auch 2 Jahre Köchin, dann noch in Hamburg 3—4 Monate, dann verheiratet. Die Ehe sei unglücklich gewesen von Anfang an, sei ein roher Seemann, habe sie gemißhandelt, habe 6 Kinder, seien alle gesund. Vor 10 Wochen Umschlag, jetzt sei sie wieder in anderen Umständen, nie geschlechtskrank gewesen, letztes Unwohlsein vor 6 Wochen.

Das Trinken habe sie wohl vor 8—9 Jahren angefangen (der Mann trinke überhaupt nicht, sei im Blauen Kreuz). Sie habe ihren Kummer und ihre Sorgen ersäufen wollen, wenn sie einen sitzen gehabt habe, habe sie das nicht so gefühlt. Zuerst habe sie immer heimlich getrunken, der Mann habe es lange nicht gemerkt, sei aber immer schlimmer geworden, habe nicht mehr gegenankönnen. Nie Delirium, das Gedächtnis sei gut.

8×16 ? „ $8 \times 11 = 80$, $8 \times 6 = 40$, 102 “.

9×7 ? richtig.

$15 + 13$? richtig.

73489 „7439“.

56971 „59761“.

4256 richtig.

32718 richtig.

Kaiser? richtig.

Wo wohnt? richtig.

Berlin, an welchem Fluß? richtig.

Reichskanzler? richtig.

1870? „Schlacht, Feldzug“.

Vor 100 Jahren? richtig.

Aus dem körperlichen Befunde ist folgendes erwähnenswert. Schädel nicht klopfempfindlich. Zunge gerade, zittert etwas, leicht belegt. Keine Sprachstörungen. Vasomotorisches Nachröten vorhanden. Motilität o. B. Geringer feinschlägiger Tremor der Hände. Große Nervenstämmen nur druckempfindlich. Keine Ataxie. Kniephenomene vorhanden, Achillessehnenreflex lebhaft. Kein Fußklonus. Zehen schwach plantar. Waden nicht druckempfindlich. Pinselberührungen lokalisiert, spitz und stumpf unterschieden. Schmerzempfindung lebhaft.

Gang o. B. Leichtes Schwanken beim Romberg. Puls 96, regelmäßig, gleichmäßig. Herztöne rein, Lungen ohne Besonderheiten. Leib leicht vorgetrieben, etwas druckempfindlich. Urin frei von Eiweiß und Zucker. Etwas heiter, leicht läppisch, geschäftiges Wesen. Befolgt Aufforderungen prompt und sinngemäß.

Augenuntersuchung: (Prof. Oloff) Rechte Lidspalte Spür enger als die linke. Lidschluß regelrecht. Linke Pupille etwas weiter als rechte. Beiderseits, besonders links ent-rundet. Reflexe auf Licht und Konvergenz vorhanden. Seh-nervenköpfe beiderseits ohne Besonderheiten. Der weitere Verlauf des Falles gestaltete sich folgendermaßen:

3. 9. 1914. Hat die Nacht angeblich gut geschlafen. Soll jedoch viel vor sich hingeprochen haben. Bestreitet Erscheinungen gehabt zu haben oder Stimmen gehört zu haben. Appetit gut. Macht klaren geordneten Eindruck.

8. 9. 1914. Hat psychisch nichts Abnormes geboten. Ver-hält sich ruhig, ißt und schläft gut. Hilft fleißig.

19. 9. 1914. Kommt zum Arzt und teilt mit, daß sie gravide sei. Bittet, ob es nicht etwas geben könnte zum Abtreiben, sonst psychisch unauffällig, fleißig.

23. 9. 1914. Klagt über Leibschmerzen, dieselben seien jetzt schon seit einigen Tagen. Jetzt sei Blutung eingetreten (Abort?). Verlegt zur Frauenklinik.

Wir haben es in dem vorliegenden Falle, sowohl dem psychischen wie dem körperlichen Befund nach mit einem Fall von chronischem Alkoholismus zu tun, bei dem die Schwangerschaft lediglich eine zufällige Komplikation darstellt. Es handelte sich um eine alte chronische Alkoholistin, die bereits 8 oder 9 Jahre dem chronischen Alkoholmißbrauche ergeben ist und bereits in einer Trinkerheilanstalt unter-gebracht war. Von dort gebessert entlassen, hat sie bald wieder ihr altes Leben aufgenommen, weil sie sich nach Art der chronischen Alkoholisten immer wieder zum Alkohol hin-gezogen fühlte. Dabei gibt sie selbst in charakteristischer Weise an, an Vomitus alcoholicus gelitten zu haben. In psychischer Hinsicht zeigte Patientin in typischer Weise die

chronische Einsichtslosigkeit des Alkoholisten. Auch erhebliche ethische und intellektuelle Defekte sind bei ihr festzustellen, so daß wir es zweifelsohne mit einem vorgeschrittenen Fall von chronischem Alkoholismus zu tun haben, der auf dem besten Wege ist, in Alkoholdemenz zu verfallen. In sehr charakteristischer Weise macht sich der Einfluß des chronischen Alkoholismus auf die bei der Kranken bestehende Gravidität geltend, indem es innerhalb von nur kurzer Zeit zweimal zu spontanen Aborten gekommen ist. Auch in körperlicher Beziehung zeigt die Patientin charakteristische Symptome für chronischen Alkoholismus, wie aus der Steigerung der Reflexe, dem Verhalten der Pupillen, dem Tremor der Hände und anderen Symptomen hervorgeht.

Mit dem letzten unserer Fälle, der uns im folgenden beschäftigen wird, lernen wir eine neue Komplikation der Schwangerschaft kennen, nämlich das Auftreten der Hebephrenie im Verlauf der Gravidität.

Es handelt sich um ein 21 jähriges Dienstmädchen A. J. aus B., die uns von dem behandelnden Arzte mit folgendem Schreiben überwiesen wurde.

Die Patientin A. J. aus B., die bereits vor ca. 1 Jahr wegen einer Psychose in der Pflegeanstalt zu D. war, ist an derselben geistigen Störung wieder erkrankt. Ich habe daher ihre Überführung in die psychiatrische Klinik veranlaßt.

Aus der Krankengeschichte der Heil- und Pflegeanstalt zu D. ergibt sich folgendes:

9. 1. 1913 bis 5. 5. 1913.

Diagnose: Hebephrenie?

Sie war plötzlich morgens 6 Uhr von ihrer Herrschaft weggelaufen, wurde in einer Wirtschaft aufgegriffen und polizeilich eingeliefert.

Bei der Aufnahme ruhig, geordnet, sie habe einen Knall gehört, Angst bekommen, geglaubt, es gebe Krieg, sei davon- gelaufen. Ist erregt, verwirrt, unruhig, schreit und singt, springt über Tische und Betten. Faßt Fragen nicht auf, spricht inkohärent: „Taubstumme, Badehosen, Seemanns- missionar in Schottland, als die Römer frech geworden. Hebe

dich hinweg von mir, Satan; bleibe fromm, Amerika; wir gehen nach Amerika zu den Frauen, denn Rom ist London, London ist deutsch, morgen, morgen und nicht heute, blind. Vater, reich die Träne, rot, rot, Morgenrot, und so fort“.

Wird allmählich ruhiger, sehr läppisch in ihrem Wesen, gelegentlich erotisch. Schreibt geordnete Briefe, mehr und mehr gebessert, ohne rechte Krankheitseinsicht, vollkommen geordnet. Kein deutlicher Intelligenzdefekt. Keine Wahnideen, keine Halluzinationen, noch immer läppisch. Keine besondere Affektbetonung. Zu der Schwester entlassen.

Diese Angaben werden von dem Vater der Patientin in folgender Weise ergänzt:

Im vorigen Jahr 4 Monate in einer Anstalt in D., sei nervös gewesen, war erregt, mehr weiß Referent nicht. Sie soll geheilt entlassen worden sein. Beim Vater seit April in Dienst. War ganz gesund gewesen.

Sei am 2. Weihnachtstag zu Tanz gewesen, habe da wohl Erkältung gehabt, sie habe schon vorher an Kopfschmerzen gelitten.

Seit 3 Tagen unruhig, „nervös“. Dauernd erregt, Angstgefühle, zerschlägt Teller, ohrfeigt die Schwester, spricht fortwährend etwas verworren, spricht vom Krieg, bildet sich ein, es sei Krieg, habe Soldaten mit Mützen vor sich gesehen. Kein Suicidversuch, nur heute Nachmittag habe sie mit der Hutnadel hantiert, gesagt, sie wolle sich in den Hals stechen, glaubte, die Mutter wolle sie umbringen.

Ursachen der Erkrankung unbekannt. Erste Erkrankung wohl infolge Heimweh. Menses sistieren seit 3—4 Monaten, sei blutarm.

31. 12. 1913.

Abends 8 Uhr vom Vater zur Aufnahme gebracht.

Im Aufnahmezimmer sehr unruhig, lachte und schwatzte unaufhörlich vor sich hin, folgt aber ruhig auf die Station. In der Nacht etwas unruhig. Injektion.

1. 1. 1914.

Stimmung wechselnd, zeitweise etwas weinend.

Name? richtig.

Alter? richtig: „Am 23. Oktober bin ich 21 gewesen“.

Wann geboren? „1892“.

Wo hier? „Ich weiß nicht, Heil- und Pflegeanstalt oder Nervenklinik“.

Stadt? richtig.

Wer ich? „Das weiß ich nicht“.

Was? „Herr Dr.“

Lacht dazwischen, sagt, aufs Geschriebene sehend: „Das geht aber fix“.

Sei im vorigen Jahre in der Heilanstalt in D. gewesen, vom 9. 1. 1913 bis 5. 5. 1913. Dort sei es ihr nicht so gut gegangen, die Pflegerinnen hätten sie schlecht behandelt, hätten ihr Gift gegeben, und die Ärzte hätten Gegengift geben müssen, dann sei sie in ein Bad gekommen, in dem elektrischer Strom war, mitunter habe sie die ganze Nacht Dauerbad gehabt. Verschiedenes habe sie gehört, was über sie gesprochen worden sei. Stimmen habe sie damals nicht gehört. Mitunter sei sie sehr aufgeregt gewesen, dann wieder schwermütig, die Pflegerinnen hätten ihren Kopf unters Wasser gesteckt. Krank sei sie nicht gewesen, habe nur Heimweh gehabt. Sei in D. Stütze bei einem Regierungsrat gewesen, es sei sehr nett gewesen, nur die alte Dame habe immer hineingeredet in das, was sie getan, das habe ihr nicht gefallen. Sei aus der D.er Anstalt als gebessert entlassen worden, ihre Schwester habe sie abgeholt nach Hause, das passe ihr nicht, daß sie auf dem Lande sitzen müsse, könne das nicht aushalten, ihre Mutter sei so komisch. Wollte nach Amerika, der Vater habe aber gesagt, er würde sie mit der Polizei zurückholen. „Ich möchte überhaupt gar nichts, mir ist alles einerlei.“ Vom 21. 11. 1907 bis 21. 5. 1909 sei sie Dienstmädchen in Schottland gewesen, in Edinburgh, wolle am liebsten jetzt wieder rüber. Jetzt habe sie Liebeskummer. Kenne einen Herrn in Burg i. D., der schon im Sommer bei ihren Eltern war, den solle sie heiraten, sie wolle es aber nicht. Dessen Bruder wolle sie auch immer heiraten, sie könne doch nicht zwei heiraten. Sie wolle überhaupt nicht heiraten.

Zu Hause habe sie sich jetzt aufgeregt. Sie habe zur Mutter gesagt: „Du alter Franzose, geh nach Frankreich“. Sie wisse gar nicht, warum sie das gesagt habe. Sie hasse die Mutter jetzt, das sei doch einmal so.

Seit Weihnachten sei sie wieder so aufgeregt, nachdem der Mann, mit dem sie sich verloben sollte, beim Vater gewesen war. Sei im Hemd aus dem Fenster gesprungen, sie habe, glaube sie, an Verfolgungswahnsinn gelitten. Stimmen habe sie nicht gehört, mitunter Erscheinungen gesehen, Scheinwerfer. Sie wolle in den Krieg. (Lacht.) Habe nur vor der Mutter Angst, die wolle ihr was tun.

Sehr unruhig, spricht außerordentlich schnell, in überstürzter Weise, etwas ideenflüchtig, dann wieder weitschweifig, irgendeine nicht recht verständliche Erzählung bringend, wie schlecht man sie zu Hause behandelt.

Sei noch nie krank gewesen, nur blutarm.

Seit September keine Menses. Sei schon beim Wunderdoktor in Rendsburg gewesen, der sagte, sie sei blutarm. Leugnet gravid sein zu können.

Sei sonst nur aufgeregt, wenn sie jemand ärgere.

Mutters Schwester sei geisteskrank.

Größe 1,76 m, Gewicht 70 kg, Temp. 36,8.

Sei selbst doch nicht geisteskrank.

Manchmal höre sie in der Nacht einen Wecker, obwohl da gar kein Wecker sei. Will sich körperlich nicht untersuchen lassen, weicht ängstlich zurück, behauptet, Ref. sei elektrisch. Es flimmere ihr schon vor den Augen.

Somatisch:

Schädel nicht empfindlich.

Pupillen über mittelweit, gleich, rund. Reflexe auf Licht und Konvergenz schwach vorhanden. Augenbewegungen frei. Keine Sprachstörung.

Motilität frei. Kein Tremor der Hände.

Keine Druckempfindlichkeit der großen Nervenstämme.

Reflexe der oberen Extremitäten o. B.

Mechanische Muskeleerregbarkeit o. B.

Vasomotorisches Nachröten etwas lebhaft.

Kniephänomene und Achilles lebhaft.

Zehen plantar.

Kein Klonus.

Sensibilität o. B.

Puls 90, regelmäßig, kräftig, weich. Herztöne rein.

Lunge o. B.

Abdomen nicht druckempfindlich.

Uterus scheint etwas vergrößert über Symphyse fühlbar.
(Widerstrebt bei Untersuchung.)

Urin o. B.

2. 1. 1914. War in der Nacht wieder sehr unruhig, am Morgen zappelig, spricht viel in etwas zerfahrener Weise. Bei der Augenspiegeluntersuchung läßt sie sich schlecht fixieren. Ophthalmisch hyperämische Papillen. Venen ziemlich gefüllt. Grenzen regelrecht, rechts etwas hyperämischer als links. Objektiv anscheinend Hypermetropie.

4. 1. 1914. Tagsüber, da sehr unruhig, im Dauerbad, in den Nächten mehrfach Injektionen erforderlich. Verläßt viel das Bett, läuft anscheinend ziellos im Saal umher, legt sich gern in fremde Betten, ist schreckhaft und verarbeitet Wahrnehmungen in illusionärer Weise. Als eine Patientin in der Zelle klopft, springt sie sofort hoch und behauptet ängstlich, es gebe wohl Krieg. „Sind die Preußen da?“ Spricht in ideenflüchtiger Weise fort. Äußert mehrfach vor dem Arzt Angst, weil dieser elektrisch geladen sei. Dabei ist sie örtlich ziemlich orientiert. „Irrenanstalt am Niemannsweg“, weiß, daß sie vom Vater gebracht ist. Kein eigentlicher Negativismus.

8. 1. 1914. Beruhigt sich allmählich, wird zugleich etwas stumpfer und läppischer, kümmert sich nicht viel um die Umgebung.

15. 1. 1914. Ist ganz ruhig, äußerlich geworden. Zerstreutes, stumpfes Wesen. Steht den Tag über auf, legt sich aber oft in Sachen ins Bett, klagt gelegentlich über Kopfschmerzen. Zeitweise widerliche Handlungen, z. B. versucht

sie, aus dem Spülwasser des Klosetts Wasser zu trinken, weil sie gerade Durst gehabt habe.

20. 1. 1914. Hat sich so weit beruhigt, daß sie nach Baracke II verlegt werden konnte. Dort steht sie untätig umher, äußert gelegentlich aber unbestimmte Angst. Wird deshalb nach dem Wachsaal verlegt.

24. 1. 1914. In den letzten Tagen ganz läppisch, spricht dauernd verworren vor sich hin und achtet fast gar nicht, wenn man zu ihr tritt. Auf Befragen, mit wem sie spreche, sagt sie nur: „Mit der Luft“. Halluzinationen scheinen nicht zu bestehen. Gewöhnlich ist die Stimmung ziemlich leer, wenn auch meist eine gewisse Euphorie besteht. Schlaffe Gesichtszüge.

26. 1. 1914. Wird wieder unruhiger, spricht auch in der Nacht zerfahren vor sich hin und lacht auch viel, sperrt sich dabei von der Außenwelt ziemlich ab. Am Morgen geht sie ins Abort und schlägt mit solcher Wucht den Deckel auf, daß das Klosettbecken entzwei geht. Verlegt nach dem Isolierhaus. Hüllt sich in ihre Decken ein.

29. 1. 1914. Zeigt ein stärker negativisches Verhalten. Hüllt sich fest in die Decke und kneift die Augen zu, wenn man die Decke fortnimmt, dabei spricht sie aber unverständlich dauernd vor sich hin. Bisweilen gelingt es, sie in den Garten zu führen, manchmal weigert sie sich auch, aufzustehen. Gesichtsausdruck stumpf.

3. 2. 1914. Uterus bis über die Nabelhöhe. Mamae vergrößern sich.

5. 2. 1914. Ist stumpfer geworden als in der ersten Zeit. Liegt viel zu Bett, muß zum Aufstehen ermahnt werden, legt sich in Sachen dann wieder ins Bett. Geht bisweilen mit in den Garten. Liegt viel mit geschlossenen Augen da und spricht in zerfahrener Weise bisweilen noch leise vor sich hin. Mit den Angehörigen, mit denen sie sich bei den ersten Besuchen noch ganz gut unterhalten hat, spricht sie fast gar nicht.

9. 2. 1914. Keine wesentliche Zustandsänderung. Steht

ungern auf, steht teilnahmslos umher. Erregungen treten nicht mehr auf.

13. 2. 1914. Ist in der letzten Zeit wieder stumpfer geworden, sitzt untätig umher. Fragen werden nur kurz beantwortet.

Von einer Gravidität will sie nichts wissen. Meint, sie habe wohl nur so viel gegessen, daß sie darum so dick geworden.

18. 2. 1914. Meist teilnahmslos, stumpf. Legt sich oft spontan zu Bett. Gelegentlich triebhafte Unruhe, Umherkramen, Bettenwegrücken, dabei leises Vorsichhinsprechen.

25. 2. 1914. Lag meist unter der Bettdecke zu Bett, sprach spontan fast gar nichts. Auf die Frage, wie es ihr gehe, antwortet sie: „Ich möchte nicht geschnitten werden“. Lacht blöde dazu. Vorgestern Nacht trat sie das Fußende ihres Bettes entzwei, nach dem Grund gefragt, schweigt sie, lacht.

Der Uterus entspricht einer Schwangerschaft im 6. Monat. Nach S. überführt.

Das klinische Krankheitsbild, das die Patientin darbietet, entspricht in geradezu klassischer Weise der Hebephrenie. Wir können an dieser Stelle die Ausführungen Siemerlings direkt wörtlich anführen. Im Vordergrund steht die Zerfahrenheit des Denkens mit Neigung zu monoton wiederholten Bewegungen (Stereotypien), zu sonderbaren Manieren, Negativismus und Befehlsautomatie. Impulsive Erregungen mit Hemmung, Apathie und Stupor wechseln in schneller Folge ab. Besonders zu beachten ist das Fehlen eines ausgesprochenen Affektes. Es herrscht vor ein Grundzug von Gleichgültigkeit, Oberflächlichkeit von läppischem Gebaren, die Orientierung kann erhalten bleiben, wenn nicht die episodisch auftretenden Zustände von Erregung, begleitet von Sinnestäuschungen, die Wahrnehmung trüben. Allmählich bildet sich ein geistiger Schwächezustand heraus mit Apathie und Gemütsstumpfheit. Von körperlichen Begleiterscheinungen sind zu erwähnen: Pupillenstörungen (Entrundung, Differenz, Fehlen von Pupillennruhe, vorübergehende absolute Pupillenstarre im Stupor), Lebhaftigkeit der

Sehnenreflexe und der mechanischen Erregbarkeit von Muskeln und Nerven, psychische Analgesie, fortgesetzte Salivation, Neigung zu Erythemen, Oedemen, Kongestionen. Die Temperatur ist oft subnormal in den Stuporzuständen, das Körpergewicht schwankt in erheblichen Grenzen.

Diese Schilderung trifft in den wesentlichsten Punkten für den oben mitgeteilten Fall zu, so daß sich eine nochmalige Rekapitulierung erübrigt. Was die Verlaufsform im vorliegenden Falle anbetrifft, so werden wir sie im wesentlichen als stuporös bezeichnen müssen. Dabei zeigt der Fall eine Tendenz zum schrittweisen Verlauf, wobei die Möglichkeit länger dauernder Remissionen durchaus gegeben ist und sogar vollständige Heilung vortäuschen kann. Eine Zugehörigkeit zu den übrigen Verlaufsformen der Katatonie läßt sich nicht herausfinden. Ebenso erübrigen sich differentialdiagnostische Betrachtungen gegenüber der Amentia, von der in unserem Falle keine Rede sein kann.

Mit den Depressionszuständen stellen die Katatonie und Hebephrenie das größte Kontingent der Schwangerschaftspsychosen überhaupt. Je nachdem wie man den Begriff dieser beiden psychischen Störungen faßt, zeigen die Angaben der Literaturdifferenzen in bezug auf die Häufigkeit der Schwangerschaftskatatonie. Nach der Statistik von Runge ist die Katatonie mit ca. 35% an den Generationspsychosen beteiligt. Weiterhin geht aus den statistischen Ermittlungen des Autors hervor, daß besonders jugendliche Mehrgebärende eine erhöhte Neigung zur Erkrankung an Katatonie in der Schwangerschaft zeigen.

Da uns das Wesen der Katatonie nach der pathologisch-anatomischen und ätiologischen Seite hin bisher verschlossen ist, so läßt sich auch über das Wesen der Schwangerschaftskatatonie nichts Sicheres aussagen. Die moderne Forschungsrichtung in der Psychiatrie nimmt bekanntlich enge Beziehungen zwischen den Drüsen mit innerer Sekretion und der Katatonie an. Diese Ansicht stützt sich besonders auch auf die Ergebnisse des Abderhaldenschen Verfahrens in der Psychiatrie. Auch in klinischer Hinsicht giöt gerade das Auf-

treten der katatonischen Geistesstörung im Gefolge der Schwangerschaft einen Hinweis auf die engen Beziehungen zwischen der Sekretion der Ovarien und der in Frage stehenden Erkrankung.

Auch sonst ist unser Fall in mehrfacher Beziehung bemerkenswert. Vor allem, weil er uns die Gefahren zeigt, denen außer der Anstalt untergebrachte Katatoniker ausgesetzt sind. Hätte sich die Kranke rechtzeitig in Anstaltsbehandlung befunden, so wäre die Möglichkeit einer Gravidität gar nicht erst eingetreten. Daß diese möglich wurde, ist wohl in erster Linie auf das Fehlen der gemütlichen Gefühlstone bei der Kranken zurückzuführen.

Trotzdem braucht auch in diesem Falle die Prognose nicht als absolut infaust bezeichnet zu werden. $\frac{1}{5}$ bis $\frac{1}{4}$ der Fälle zeigt Heilungstendenz und nächst dem Wochenbett liegt gerade die Schwangerschaftskatonie prognostisch noch am günstigsten.

Die Behandlung wird in erster Linie den akuten Symptomen gerecht werden müssen, daneben muß besonderes Augenmerk auf die Überwachung der Kranken gelegt werden, was in unserem Falle schon besonders aus dem Grunde geboten ist, um eine nochmalige Konzeption zu verhindern.

Wir haben im vorstehenden eine Reihe von Psychosen kennengelernt, die teils direkt, teils indirekt mit der Schwangerschaft in mehr oder weniger eindeutigen Beziehungen standen. Auch die vorstehende Kasuistik bestätigt aufs neue die alte Erfahrungstatsache, daß es eine Schwangerschaftspsychose sui generis ebensowenig gibt wie eine andere Form der Generationspsychosen.

Zum Schluß ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Professor Dr. Siemerling für die gütige Überlassung des Materials und seine Ratschläge bei Abfassung dieser Arbeit meinen verbindlichsten Dank abzustatten.

Literatur.

- Siemerling, Graviditäts- und Puerperalpsychosen. Deutsche Klinik Bd. 6 S. 2.
- Siemerling, Nervöse und psychische Störungen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Handbuch der Geburtshilfe von Döderlein Bd. 2. Wiesbaden 1916.
- Anton, Über Geistes- und Nervenkrankheiten in der Schwangerschaft, im Wochenbett und in der Säugungszeit. Handbuch der Gynäkologie von Veit Bd. 5. Wiesbaden 1910.
- Runge, Die Generationspsychose des Weibes. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankheiten Bd. 48 Heft 2.
- Meyer, E., Die Puerperalpsychosen. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankheiten Bd. 48 Heft 2.
- Jolly, Beitrag zur Statistik und Klinik der Puerperalpsychosen. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankheiten Bd. 48 Heft 2.
- Raecke, Über Schwangerschaftspsychosen mit besonderer Berücksichtigung für Indikationen zum künstlichen Abort. Med. Klinik 1912 Nr. 36.
- Wollenberg, Graviditätspsychose. Deutsche med. Wochenschrift 1913 Nr. 10 S. 487.
- Kirchberg, Psychische Störungen während der Geburt. Arch. f. Psych. Bd. 52.
- König, Beiträge zur forensisch-psychiatrischen Beurteilung von Menstruation, Gravidität und Geburt. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankheiten Bd. 53.
- Elfes, Katatonie mit besonderer Berücksichtigung des Verlaufs in der Gravidität. Inaug.-Diss. Kiel 1912.
- Saenger, Nervenkrankungen in der Gravidität. Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 41.
- Meyer, Psychische Störungen und Gravidität mit besonderer Berücksichtigung des künstlichen Abortes. Klin. therapeut. Wochenschrift 1910 Nr. 1.
- Bauchwitz, Veränderung des Nervensystems in der Gravidität. Inaug.-Diss. München 1903.
- Füth, Beitrag zur Kasuistik der nervösen Erkrankungen im Wochenbett. Zentralbl. f. Gynäkologie 1906 Nr. 21.
- Bumm, Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1916.
-

Lebenslauf.

Geboren wurde ich, Anton Leja, am 28. Mai 1886 zu Groß-Kalischkowice (Provinz Posen) als Sohn des Landwirts Karl Franz Leja. Bin katholischer Konfession. Ich besuchte das königliche humanistische Gymnasium in Ostrowo (Provinz Posen) und erlangte daselbst das Zeugnis der Reife.

Im Sommersemester 1911 fing ich an, Medizin zu studieren. Die vorklinischen Semester verbrachte ich in Leipzig und Rostock, wo ich im Sommersemester 1913 die ärztliche Vorprüfung bestand. Die klinischen Semester absolvierte ich in Breslau und Rostock. Die ärztliche Staatsprüfung habe ich im September 1916 vor der Prüfungskommission in Rostock bestanden. Hiernach war ich Assistent in Geestemünde, in Hannover im Städtischen Krankenhaus. Mitte Januar wurde ich vom Sanitätsamt des IX. Armeekorps nach Neubukow in Mecklenburg zur Vertretung der beiden im Felde stehenden praktischen Ärzte abkommandiert.
